THESE

Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1912

POR

Arlindo Frederico de Azevêdo Costa

Natural do Estado de Alagoas (Pilar)

FILHO LEGITIMO DE AURELIANO FREDERICO DA COSTA E D. MARIA ROSA DE AZEVÊDO COSTA (fallecida)

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

Dissertação

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

MOLESTIA DE PARKINSON

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias Medico-Cirurgicas

Bahia

1912

G 1553

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—DR. AUGUSTO CEZAR VIANNA

VICE DIRECTOR . . . .

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Manoel Agusto Pirajá da Silva .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa. . .	Physica medica
. . . .	Chimica medica
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos. . .	Anatomia descriptiva
Pedro Luiz Celestino . . .	Physiologia
Augusto Cesar Vianna . . .	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão.	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello . .	Anatomia e Histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Anisio Circumdes de Carvalho .	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira .	« «
João Americo Garcez Fróes . .	« «
Antonio Pacheco Mendes . . .	« Cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral .	« «
Carlos de Freitas	« «
Clodoaldo de Andrade . . .	« Ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes .	« Oto-rhino laringologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira	« dermatologica e syphiligraphica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão .	Pathologia Geral
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
Frederico de Castro Rebello . .	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães .	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . .	Hygiene
Josino Correia Cotias . .	Medicina legal e toxicologia
Climerio Cardoso de Oliveira. .	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza. . .	« gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho . . .	« psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio Rodrigues Vianna . .	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos. .	« cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS EFFECTIVOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Egas Muniz Barretto de Aragão .	Historia natural medica
João Martins da Silva . « .	Physica medica
. . . .	Chimica «
Adriano dos Reis Gordilho . .	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho . .	Anatomia descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião .	Physiologia
Augusto de Couto Maia . . .	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa .	Pharmacologia
. . . .	Anatomia e histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves . .	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura .	« cirurgica
. . . .	« ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão .	« dermatologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares .	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch.	Therapeutica
José de Aguiar Costa Pinto . .	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho. . .	Medicina legal e toxicologia
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clnica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal .	« psichiatrica e de molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

D.rs

Sebastião Cardoso
João Evangelista de Castro Cerqueira
Deocleciano Ramos
José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

DEFINIÇÃO E HISTORICO

Designa-se sob o nome de paralysia agitante, ou molestia de Parkinson, a um syndromo caracterisado, antes de tudo, por um tremôr e uma rigidez muscular generalisada.

O nome de paralysia agitante não é bem expressivo, porquanto a agitação, posto que seja um dos principaes symptomas, (pelo menos, quando nos achamos diante de um parkinsoniano é o que primeiramente nos chama a attenção,) é inconstante.

O nome de molestia de Parkinson vem do seu descobridôr, o Dr. Parkinson, medico inglez, que foi quem a estudou pela primeira vez, no anno de 1817, e publicou em Londres uma monographia, intitulada: "*Essay on the shaking palsy*," na qual descrevia uma molestia chronica, desconhecida até aquella epocha, caracterisada, sobretudo, pelo tremôr, paralysia e a tendencia á propulsão, durante a marcha.

Alguns autores contestaram essa primazia ao medico inglez e alegaram, em pról de sua contestação, a *scelotyrbe festinans* de Sauvages e Sagar, que elles consideravam como synonimos da *shaking palsy*, e que, a não ser a propensão quasi irresistivel que têm os doentes de correr para diante, nada mais possue de commum entre estas duas affecções.

Este symptoma, apezar de não ser pathognomonico da paralysia agitante, bem como os caracteres essenciaes que constituem esta entidade morbida, não se achava descripto na *Nosologia methodica de Sauvages*, obra publicada em 1763 e em 1768, nem no *Systema morborum symptomaticorum*, publicada por Sagar, em 1771.

Mais tarde, porém, todos foram accordes com Charcot e Vulpian, admittindo que a *scelotyrbe festinans* e a paralysia agitante tinham numerosos pontos de contacto, pelo que julgaram conveniente estabelecer a independencia destes dous estados morbidos, estudando-os em separado.

Toulmouche apresentou á Academia de Medicina de Paris, em 1833, uma memoria intitulada "*Observation de quelques fontions involontaires, des appareils de la locomotion et de la phonation,*" com observações de cohoréa, de amollecimento cerebral e algumas outras, incontestes de paralysia agitante. Affirmam alguns autores que o illustre medico de Rennes, bem como seus relatores, Louyer Villermey, Itard, Bouillaud, desconheciam até aquella epocha o nome de Parkinson.

Elliotson, em algumas de suas obras, faz ligeiras

referencias á paralysia agitante, referencias estas, que consistiam em proposições de modificações e intrepretações physiologicas.

A. G. Sée se deve uma explicação clara da molestia de Parkinson.

Em 1850, elle apresentou á Academia de Medicina uma memoria sobre "La chorée et les maladies nerveuses" na qual se referia á paralysia agitante, como sendo uma das affecções que poderiam ser confundidas com a dansa de S. Guido.

Littré e Robin, na edição de seu diccionario, publicado no anno de 1858, mencionam a paralysia agitante.

Marshall Hall, Canstatt, Graves, Basedow, Blasius, na Inglaterra, e Romberg na Allemanha, neste tempo, citam as suas observações.

Trousseau, nas lições clinicas por elle feitas no Hôtel-Dieu, no anno de 1859 assignala, em fazendo o historico da choréa, os symptomas principaes da molestia de Parkinson.

Abandonado por um certo espaço de tempo, o estudo da molestia de Parkinson foi recomeçado na Allemanha.

A escassez e deficiencia das observações, a imperfeição ou ausencia das autopsias, e a falta de documentos resultantes das mesmas, concorreram para que, durante tão longo espaço de tempo, a paralysia agitante não recebesse a sancção da experiencia, e consequentemente, o logar merecido nos trabalhos classicos.

Charcot e Vulpian, pouco tempo após sua aggregação á Salpêtriere, publicaram uma serie de observa-

ções pessoaes, na "Gazette Hebdomadaire" de 1861 e 1862, concernentes á paralysia agitante. Com estas observações e com meticuloso estudo, feito sobre os symptomas geraes e depois sobre cada symptoma em particular, Charcot e Vulpian deram uma feição toda nova á descripção da molestia de Parkinson.

Agora ella achou seu logar nos tratados classicos: Trousseau, na publicação da segunda edição de suas lições clinicas, consagrou-lhe algumas paginas, dando-lhe desenvolvimentos consideraveis. Sua bibliographia cresce rapidamente. Grisolle no seu tratado de pathologia descreve-a ao lado da paralysia essencial.

W. R. Sanders redige o artigo *Paralysia agitante*, da *Encyclopedia* de Reynolds.

Não obstante esse impulso dado ao estudo da paralysia agitante, havia ainda grandes difficuldades para se estabelecer o seu diagnostico differencial, tornando-o por isto incompleto e confundindo-se com uma affecção polymorpha, a sclerose em placas disseminadas.

A autopsia de uma mulher do serviço de Charcot, veio revelar a differença existente entre estes dois estados morbidos.

E' pois a Charcot, que se deve tão importante descoberta.

A distinção entre a sclerose em placas e a paralysia agitante, foi o assumpto apontado por Charcot a seu discipulo Ordenstein, para sua these inaugural, publicada no anno de 1867.

Com a descoberta de Charcot, novos horisontes

se descortinaram, a paralysia agitante é então objecto de novos estudos.

No "*Mouvement medical*" de 1871 e na "*Gazette des hospitaux* de 1868, Charcot, convocando os documentos dos auctores que o tinham precedido, e as numerosas observações que tinha reunido na Salpêtriere, demonstrou o parallelo existente entre a paralysia agitante e a molestia da qual elle acabava de descobrir sua lesão especifica, comparando uma a outra, debaixo do ponto de vista da tripla relação dos symptomas, das causas e das lesões.

Esta differenciação tornou-se ainda mais completa, graças á continuação de suas pesquizas e de seus alumnos Borneville e Guerard, publicando estes ultimos no anno de 1869, um trabalho cujo titulo era "*Des scleroses en plaques disseminées.*"

Era crença geral, antes da publicação da primeira edição das Lições feitas na Salpêtriere, que o tremôr era um symptoma do começo na molestia de Parkinson; sua ausencia em duas mulheres, tres annos após o começo da affecção, foi assignalado por Charcot.

Borneville publicou no "*Progrès Medical*" de Dezembro de 1876, algumas notas colhidas nas lições de Charcot, dentre as quaes resalta a communicação da observação de Mme. R. onde se encontravam bem adiantados todos os symptomas que caracterisam a paralysia agitante, com excepção do tremôr, que era quasi imperceptivel. Cita ainda a observação de Mme. G. que apresentou durante muitos annos todos os

symptomas da paralysia, não havendo por completo o tremôr.

Diante destes factos, Boucher escolheu para assumpto de sua these inaugural publicada em 1877, o titulo seguinte: "*Maladie de Parkinson et en particulier del a forme fruste*".

Este auctor mostra a necessidade que ha em reconhecer a existencia de uma forma, por elle classifida frusta, na qual o tremôr é tão ligeiro que passa desapercebido, ou não apparece senão no fim de tres ou quatro annos, ou mesmo nunca.

Charcot em uma de suas lições acha impropria a denominação de paralysia agitante, e em um dos seus trechos assim se exprime: "Il est en effet singulier de donner le nom de paralysie, a une affection dans laquelle, durant longtemps, la force musculaire est conservée."

Depois de apresentar estas e outras razões bem justificaveis, o grande sabio propõe que se substitua o nome de paralysia agitante, pelo de "molestia de Parkinson", prestando deste modo uma homenagem ao medico inglez, o primeiro que a estudou.

ETIOLOGIA

Muitas são as causas, que se tem incriminado como responsaveis pela origem da molestia de Parkinson e, como Boucher, nós as dividiremos em: *causas predisponentes*, que por sua vez se subdividem em *individuaes ou geraes*, conforme ellas actuam sobre um

grande numero de pessoas ao mesmo tempo, ou sobre um certo numero de individuos em separado; e em *causás determinantes.*

Charcot observou, que em muitos casos de paralysia agitante, se é obrigado ao exame das influencias predisponentes, não podendo ser invocada a acção dos elementos etiologicos.

Causas predisponentes morbificas geraes. A atmosphera parece agir somente por sua temperatura e seu estado hygrometrico: ha quem tenha notado o apparecimento da molestia de Parkinson nos tempos humidos e frios.

As localidades, os climas e mesmo as estações, não têm uma acção evidente.

Causas predisponentes individuaes. Frequentemente a molestia de Parkinson acommette as pessoas longevas e não vae distante a epocha em que se a considerava como uma molestia unicamente dos velhos. Observações, ulteriores vieram demonstrar que esta molestia tanto pode affectar aos velhos como aos moços.

Duchene (de Boulogne) observou dous casos de paralysia agitante, sendo um num individuo de 20 annos e o outro num joven de 16 annos.

Fioupe publicou a observação de uma adolescente do serviço de Siredey, que apresentava, dos 15 para os 16 annos, os symptomas caracteristicos da paralysia agitante; e Huchard cita uma observação da molestia de Parkinson que teve inicio com a idade de 3 annos.

Como Charcot, pensamos que esta molestia encontra seu logar natural no grupo das molestias, do segundo periodo da vida, tanto assim é, que, dentre as muitas observações realisadas estas, de que acima nos referimos, são as unicas que demonstram a existencia da molestia de Parkinson, affectando a primeira epocha da vida.

O sexo parece não gozar de influencia manifesta no apparecimento da molestia de Parkinson.

Alguns auctores são da opinião que ella tem grande predileção pelo sexo feminino; isto se poderia explicar pela emotividade, de que em geral são dotadas as mulheres.

Conforme uma estatistica que comprehende a Inglaterra e o Paiz de Galles, e que se estende de 1855 a 1863, Sanders notou 205 casos de obitos, causados por paralysia agitante, sendo a media annual de 14 para os homens e de 8 para as mulheres.

A influencia do meio social, os habitos, a alimentação não têm importancia no seu desenvolvimento.

O temperamento nervoso aqui, como em todas affecções nervosas, gosa de uma importancia capital conforme veremos adiante.

Ao inverno de algumas molestias, a paralysia agitante, tem sido observada em individuos robustos e que tem gozado de uma saude mais ou menos perfeita.

Causas determinantes. Fazem partes deste grupo os traumatismos e as emoções vivas.

O papel preponderante exercido pelas emoções no

apparecimento da molestia de Parkinson, é incontestavel. Assim é que grande numero das observações lidas por nós, algumas das quaes transcrevemos, conforme veremos adiante, e mesmo uma observação pessoal de que dispomos, nos mostram que a maioria dos casos de molestia de Parkinson, tem como inicio as emoções.

Charcot, no seu tratado clinico de molestias nervosas, em se referindo á etiologia da paralysia agitante, nos diz "que entre as causas exteriores ao individuo, duas merecem ser invocadas legitimamente em um grande numero de casos. Em primeiro logar a influencia das violentas agitações do systema nervoso: o terror, uma noticia desagradavel sabida de repente etc. Os exemplos em apoio affluem, e os factos a que nos temos inferido, nos obrigam a não conservar o menor scepticismo sobre esta relação."

"Das mulheres da Salpêtriere, continua elle, atacadas de paralysia agitante, interrogada por nós, muitas viram sua molestia tomar nascimento no meio das commoções politicas que agitaram nosso paiz."

Hillairet cita um caso de um pai que viu assassinar seu filho diante de si, e foi acommetido de tremôr.

Oppolzer publicou um caso concernente a um burguez de Vienna, aterrorisado pela explosão de uma bomba junto de si.

Wan Swieten refere-se ao facto de um homem que foi despertado subitamente por um trovão assustadôr.

Charcot cita ainda o facto da mulher de um soldado

que se poz a tremêr apoderada de uma violenta emoção, occasionada pelos acontecimentos de Dezembro de 1851.

Kohts em suas observações feitas durante o bombardeio de Strasbourg, relata um certo numero de casos de molestias nervosas, as quaes os proprios doentes attribuiam ao mêdo causado pela destruição da cidade. Eis em resumo algumas observações de Kohts que parecem relativas á molestia de Parkinson:

Obs. I.—Salomée Gourmier, idade 51 annos, tem sempre gosado de bôa saude. Um obuz penetra em seu quarto e quebra alguns moveis; ella é tomada de um tremôr geral, que persiste ainda em 1873.

Obs. II.—Paul Walther, idade 56 annos, selleiro, nunca esteve seriamente doente. Tendo noticia de que havia incendio na casa de seu patrão, foi immediatamente apoderado de um tremôr que o impossibilitou de caminhar.

Obs. III.—Magdaleine Bittermann, idade 61 annos, tinha até 1870, gosado sempre de bôa saude; conta que sob a influencia do mêdo do bombardeio, começou a tremer a metade direita do corpo. Este tremôr augmentava de intensidade, de dia para dia.

Pelo exposto, vemos que é bem clara a relação etiologica existente entre as emoções e a molestia de Parkinson; o tremôr posto que não constitua um signal pathognomonico, é, entretanto, um dos mais frequentes e como se vê nas observações supracitadas e no capitulo especial que reservamos para outras

observações, elle, o tremôr, segue immediatamente ou quasi immediatamente, a influencia da causa.

Quanto ao mecanismo, em como ella determina, ninguem explicou ainda, nada ha de elucidado nem tam pouco escripto.

De pleno accordo com a physiologia da innervação e em os recentes estudos sobre a physiopathologia das glandulas endocrinicas e especialmente das parathyroides, ousamos aventar a seguinte hypothese:

A physiologia da innervação mostra-nos que o systema nervoso cerebro-espinhal é composto de um grande numero de centros nervosos, sendo uns inferiores e outros superiores. Estes centros são, ordenadamente, subordinados uns aos outros e dispostos de modo que cada um conserve sua especialisação, sua individualidade automatica, muito embora, todos estejam estreitamente, intimamente, e mutuamente ligados, recebendo, porém cada um suas provocações e impressões particulares e determinadas, provindas de determinados pontos do corpo, promovendo reacções que se correspondem, se manisfetam e se fazem sentir em pontos determinados.

A physiologia das glandulas endocrinicas por sua vez mostra-nos que são seus productos de secreção que, fazendo parte integrante do metabolismo organico, além de outros importantes papeis que desempenham, têm por fim neutralizar a acção das toxinas elaboradas pelo proprio organismo.

O augmento, diminuição ou parada total destas secreções trarão como consequencias, graves desor-

dens, que serão devidas ás modificacções das funcções destas glandulas.

O systema nervoso é o que melhor recebe as impressões deixadas pelos productos das glandulas endocrinicas.

A inherencia deste systema com as glandulas de secreção interna e particularmente as parathyroides é tão pronunciada e evidente que nos parece ter ficado isenta de contestações.

Sectarios que somos da theoria do endocrinismo e sua influencia em neuro-pathologia, principalmente na paralysia agitante, nós, apegados a esta theoria expomos a nossa hypothese.

Figuremos, para melhor comprehensão, glandulas de secreção externa, e sejam estas ás glandulas salivares.

E' facto conhecido que nas emoções isthenicas ou asthenicas, ha quasi sempre uma suspensão brusca do funccionamento destas glandulas (inhibição) ou ao contrario um excesso de saliva (sialorrhéa) persistindo qualquer destes estados por um tempo variavel. Desta hypersecreção ou hyposecreção salivar, nenhum mal resulta para o individuo, não só por se tratar de uma glandula de secreção externa (1) como tambem por ser de estado transitorio.

---

(1) Alguns auctores dizem que os productos das glandulas de secreção externa tomam tambem parte no chimimismo organico, de sorte que se não as pode considerar como sendo somente da secreção externa.

A nosso ver as glandulas endocrinicas, particularmente as parathyroides, cujo producto de secreção é antitoxico por excellencia, tambem são victimas dessa perturbação, no seu funccionamento, durante e após as emoções, e ao inverso das de secreção externa, o seu hyper ou hypofunccionamento acarretariam desordens graves; de maneira que o excesso de seu producto de secreção, de antitoxica que era, passaria a ser toxico. Se houvesse um hypofunccionamento, as toxinas, livres no organismo, trariam do mesmo modo serias consequencias.

Em summa, é do rompimento deste equilibrio que rege o metabolismo organico, rompimento este causado pelo excesso de secreção das parathyroides ou pela falta desses productos para neutralisar as toxinas, que, a nosso pensar, a molestia de Parkinson parece achar sua explicação, sendo ella o resultado de uma intoxicação de determinados centros nervosos, quer pelo excesso destes productos, quer pelas toxinas da livres.

O Dr. Maillard diz que a molestia de Parkinson é uma entidade morbida devida a lesões arterio-sclerosas que perturbam o funccionamento do apparelho equilibração estatica.

Clinicamente, a molestia de Parkinson é constituida pela existencia do syndromo Parkinson puro ou associado, seja a symptomas contingentes e variaveis, seja a outros verdadeiros syndromos, devido as mesmas causas pathogenicas em acção sobre outros apparelhos mais ou menos visinhos.

O *tonus* é o resultado de um reflexo permanente, cujo centro *unicamente espinhal*, está situado no eixo cinzento da medulla e nos nucleos bulbares que o continuam.

As modificações coordenadas do *tonus* em relação com um movimento, um acto ou uma funcção, são commandados pelos centros mesocephalicos (automatismo superior) e pelos centros corticaes (acções voluntarias).

O *centro mesocephalico da equilibração estatica* está situado no pedunculo cerebral e existem razões que levam a suppôr que este pode ser o nucleo vermelho.

De inteiro accordo com o Dr. Maillard, achamos que estas lesões arterio-sclerosas sejam provocadas pelas toxinas não neutralisadas ou pelo excesso da secreção que tambem é toxico, ou, quando isto não aconteça, estes productos toxicos, sejam levados até os centros de que falla o Dr. Maillard, intoxicando-os, e produzindo as perturbações por elle descriptas.

Na ordem dos factores etiologicos da paralysia agitante, se apresentam ainda os traumatismos, reputados por alguns auctores causa de summa importancia na producção desta affecção.

Effectivamente, tem-se visto a molestia de Parkinson ter algumas vezes como origem os traumatismos e Charcot cita a observação seguinte:

A mulher de um medico, cahindo de uma carruagem recebeu, em consequencia dessa queda, uma contusão violenta na coxa esquerda.

No fim de algum tempo, sobreveio no membro fe-

rido uma dôr viva, occupando o trajecto do nervo sciatico e pouco depois um tremôr se declara em toda a extensão deste membro: a principio passageiro, torna-se, permanente e estende-se emfim aos outros membros.

Blocq, em se referindo ás nevroses traumaticas, cita a observação que segue de um doente de Charcot e Glorieux, no qual a molestia de Parkinson teve logar após um traumatismo.

Observação.— Sebastião D....: idade 49 annos, operario, nunca esteve doente e seus paes até então hoje octogenarios quasi, são egualmente robustos.

Em 17 de Outubro do anno de 1876, achando-se em cima de uma escarpa, deixava girar em seus braços uma pesada peça de páu.

Em sua descida, a viga que levava em sua extremidade uma travessa, com o movimento veio violentamente de encontro ao seu dorso, fez-lhe perder o equilibrio e arrastou-lhe a cabeça para diante, em uma profundidade de 3 a 4 metros.

Logo após a queda Sebastião D.... crê ter perdido o conhecimento durante pouco tempo. Lembra-se de que quando seus camaradas correram para soccorrel-o, querendo levantal-o, não pode elle se conservar de pé: estava paralysado dos braços e das pernas, emquanto a intelligencia e as palavras eram normaes.

Um chamado medico com urgencia fel-o transportar para o Hospital, onde ficou acamado durante alguns dias. No dizer do doente, elle nunca teve febre

nem delirio; não houve escoamento da menor quantidade de sangue pelos ouvidos nem pelo nariz.

Ausencia de retenção de urina e de materias fecaes; insomnia completa; dôr no dorso, nos rins e na parte contundida.

E' alimentado e medicado como um paralytico.

No nono dia elle ensaiou assentar-se em uma cadeira, depois de se manter de pé e de dar alguns passos, estando seguro. A melhora foi bastante rapida, pois que no decimo terceiro dia, após o accidente, elle abandonou o Hospital, apoiando-se sobre o braço de sua mulher e de uma outra pessôa, conseguindo, embora de um modo penoso, chegar á sua habitação,

Não foram senão dous mezes após o accidente que o doente conseguiu marchar só, sem outro amparo a não ser o seu bastão, servindo-se das mãos para levar os alimentos á bocca. A melhora foi logo se accentuando de dia para dia e a 4 de Fevereiro, o doente voltava a consultar-se na Policlinica. Desde sua entrada na sala das consultas, eu observei na expressão do rosto um certo grau de fixidez e desvario que me fez pensar immediatamente na mascara caracteristica da molestia de Parkinson.

A attitude dos membros superiores era egualmente particular; os braços estavam em flexão no cotovello e as mãos largamente abertas estavam de algum modo apoiados sobre o peito. Os dedos estavam em extensão, afastados uns dos outros, e a phalange terminal em hyperextensão sobre a seguuda phalange.

Não existia nenhuma especie de tremôr.

Coisa importante, existia por todo o corpo e os quatro membros uma rijeza muito accentuada que se não conseguia vencer, a não ser com auxilio de grande esforço. Esta rijeza era completamente independente da vontade do doente, ella estorvava a liberdade ou melhor, a instantaneidade dos movimentos, sem que existisse verdadeira paralysia. Quando se pedia ao doente que elevasse o braço ou marchasse, elle o fazia perfeitamente e com uma facilidade, que admirava, quando se cuidava no esforço que empregaria para dobrar passivamente o punho, curvar os dedos, dobrar o joelho, em uma palavra para mudar a attitude deste corpo, parecendo unido em seu todo.

Esta grande rijeza coexiste com uma exaggeração notavel dos reflexos rotulianos e periosteos.

Em varias tentativas, mas não constantemente, temos obtido o clonus do pé e o da rotula esquerdos. Fóra destes symptomas, nada mais de notavel; não tem atrophia muscular, nem perturbações da sensibilidade; appetite bom, nutrição egualmente.

A bexiga e o rectum funccionam normalmente.

A attitude do tronco é normal; ora a marcha é lenta, ora arrastada: a propulsão existe manifestamente, porque a mulher nos diz que ella teme as quedas, todas as vezes que o seu marido desce os menores degraus, tendo o cuidado de o seguir, quando elle precipita sua marcha.

Subjectivamente o doente accusa uma sensação de incommodo; sente a necessidade de mudar de posição e este sentimento de mau estar não o deixa mesmo á

noite e o impede de dormir. Vinte vezes por noite elle sae de seu leito e volta. Ainda hoje é impossivel de só, sahir ou voltar para o leito e sem o auxilio de sua mulher.

Accusa uma sensação de calôr no dorso e nos rins, principalmente no logar que soffreu a contusão.

O seu estado moral tem sido egualmente mudado: o doente torna-se irritavel não só por causa de sua incapacidade para o trabalho, como tambem por causa de sua insufficiencia funcional.

Até esta data o diagnostico achava-se suspenso: nós nos achavamos diante de uma nevrose traumatica, tendo certas semelhanças com as hysterias traumaticas no homem que Charcot tem tão magistralmente descripto. Antes de affirmar meu diagnostico de nervose de Parkinson, eu queria observar o tremor caracteristico, symptoma quasi pathognomonico e não deixando de existir senão raramente.

O doente tomou 15 papeis de uma gramma de sulfonal, afim de acalmar as agitações da noite e recuperar o somno. Pedi ao paciente que voltasse no fim de um mez, o que fez, voltando a 4 de Março. As insomnias cederam ao sulfonal, o estado geral é bom; os reflexos são menos exaggerados; impossivel de obter o clonus do pé, porém a rijeza dos membros persiste, sobretudo para os movimentos passivos.

Coisa capital, o tremõr, que não existia ha um mez, é manifesto: em certos momentos existe nas mãos e nos pés, particularmente no pé direito. A duvida não é mais possivel: nós estamos em presença

de um caso de molestia de Parkinson, de origem traumatica.

Como estas, muitas outras observações existem concernentes á causa traumatica da molestia de Parkinson.

Achamos que a influencia do traumatismo em si, no desenvolvimento dessa nevrose, não merece a importancia que se tem dado e a nosso vêr é ainda a emoção que sobrepuja as demais causas. Ordinariamente, as emoções precedem ou succedem aos traumatismos; é assim que o individuo, antes de receber o traumatismo, já tem, embora rapidamente, tido sua emoção.

Supponhamos que uma parede vae desabar por cima de um individuo, este, uma vez presintindo o desastre do qual vae ou pode ser victima, procura fugir e não obstante a fuga é finalmente attingido.

Ora, ahi não se pode dizer que foi exclusivamente o traumatismo a causa da molestia de Parkinson, uma vez que antes d'elle ser victima do traumatismo, teve a emoção.

Não é nosso intento negar a influencia que exerce o traumatismo no desenvolvimento da paralysia agitante, porém, por nosso turno, pensamos que essa influencia é toda indirecta.

Foi assim que interpretamos a observação de Glorieux. Sebastião D...., presintindo que ia ser victima do traumatismo que inevitavelmente produzir-lhe-ia a viga, teve antes sua emoção.

O traumatismo parece concorrer para a gravidade

da molestia ou para que ella se desenvolva rapidamente, em virtude do choque por elle produzido.

Vibert crê que se tem exaggerado muito o papel de emoção, tendo notado que a gravidade da nevrose traumatica não está nullamente em relação com o gráu da emoção.

Strumpell comprehendendo sob o nome de nevroses traùmaticas um conjuncto de phenomenos em relação etiologica com um trauma, porém sem relação com uma lesão organica do systema nervoso peripherico ou central, crê que a acção mechanica não é o mais frequente para se ver a apparição da nevrose; elle opina que o agente provocadôr destas perturbações seja a emoção moral, a influencia psychica.

Patricopoulo declara que ha varias especies de nevroses traumaticas: elle diz: "*Il n'existe pas une nevrose traumatique mais des nevroses traumatiques*"..

Sob a influencia de um traumatismo, cada organismo responde de uma maneira especial; emquanto a maior parte dos traumatisados fica indemne de toda a affecção nervosa, a outra se vê atacada de uma nevrose, variando esta segundo os individuos.

Charcot assignalou e incluiu no grupo das causas determinantes da paralysia agitante, a irritação de certos nervos periphericos em seguida a uma ferida ou uma contusão.

Boucher cita uma observação de E. Demange, dizendo reconhecer por causa a irritação traumatica de um nervo da peripheria.

Observação. — *Traumatismo do annular do lado*

direito, em Março de 1873 — Suppuração longa, soffrimentos vivos. — Tremôr da mão direita, observado no mez de Julho.

Após um violento terror, o tremôr se generalisa. Habitação humida — Estado da doente em 1875. —

Elisabeth Fl...., idade 57 annos, jornaleira em Champigneulles, entra nos primeiros dias de Abril de 1875, no hospital St-Charles, e occupa o leito n. 2 da sala St-Françoise (serviço do Professor V. Parisot.) Elisabeth Fl...., nunca esteve seriamente doente, tem sempre habitado o campo, seus ascendentes directos, seus ascendentes indirectos e seus collateraes, nada têm de pathologico. Durante oito annos, ella habitou um alojamento humido; nunca teve rheumatismos; tem sido sempre bem regrada; seus quatro filhos gozam perfeita saude; a menopausa chegou ha dous annos, sem lhe determinar nenhuma perturbação.

Ha tres annos, no mez de Março, que uma espinho se cravou na extremidade do dedo annular da mão direita, determinando um phleugmão do qual soffreu muito e durante muito tempo. Foi no mez de Julho seguinte que pela primeira vez, a doente percebeu um tremôr da mão direita, sobrevindo sem motivo; emquanto ella estava em repouso, sua mão era agitada de sacudidelas convulsivas, não podendo moderar.

Longo tempo, o tremôr ficou limitado á mão direita; porém, em virtude de um violento mêdo, a perna e o pé direitos começaram a tremer, ás sacudidelas tornaram-se cada vez mais intensas e não mais se interromperam.

A doente ficou assim varios mezes, com um tremôr limitado aos membros do lado direito; durante todo este periodo, sentia dores lancinantes, assaz intensas, que ella comparou ás picadas de alfinetes e que localisaram sobretudo nos membros affectados do tremôr; a sensação de formigamento nas mesmas extremidades, foi a unica perturbação da sensibilidade. Pouco e pouco o tremôr se ia generalisando e invadiu, a principio, a mão esquerda, depois o pé esquerdo. Depois de dous mezes, o maxillar inferior começou a tremer.

O corpo da enferma era agitado inteiramente por um tremôr bastante intenso, que predomina no membro superior direito, e sobretudo no seu ultimo segmento; a mão direita é, com effeito, submissa, quasi sem interrupção, com movimentos alternativos dos quatro dedos internos ligados, para a palma da mão, e da mão sobre o punho.

Estes movimentos em torno do eixo transversal, são alterados por uma oscillação ligeira, porém muito manifesta, da mão em torno do eixo antero posterior da articulação radio-carpiana. O pollegar está na extensão e abducção, si se o affasta desta posição elle a retoma rapidamente; os outros dedos são ligeiramente adelgaçados. Os movimentos da mão lembram perfeitamente o do esmigalhar do pão.

Quando se apresenta um copo cheio de agua á doente, ella o recebe com facilidade com uma ou outra mão; o tremôr pára immediatamente e ella o leva á sua bocca, sem derramar uma só gotta e sem hesitação; pode-es fazer esta experiencia quasi indefinidamente;

mas se se procurar fazer com que o copo fique immovel em sua mão, o tremôr reapparece após alguns instantes; parece que a doente não pode dominar seus movimentos convulsivos senão durante um certo tempo. A estada de pé é muito facil; a occlusão dos olhos não dá a sensação da perda do equilibrio; ella tem a noção do solo; nós temos procurado provocar os movimentos de lateropulsão e retropulsão assignalados nestes casos por Charcot, tendo podido verificar; a doente marcha regularmente, sem ter tendencia á correr para diante, porém ligeiramente inclinada para diante.

A cabeça é immovel, a face é impassivel, e se não fosse o brilho dos olhos da doente e a clareza de suas respostas, dever-se-hia duvidar da conservação de sua intelligencia.

Não existe nystagmus nem perturbação dos sentidos. O maxillar inferior é agitado por um pequeno movimento de elevação e abaixamento, o que dá á lingua uma especie de tremôr communicado; porém pode-se assegurar facilmente que os musculos da lingua não são de modo nenhum interessados; nenhuma perturbação da palavra. A sensibilidade cutanea é intacta por todas as suas formas; a doente accusa apenas uma sensação de calôr persistente, no cavado epigastrico; sente muito calôr e muitas vezes durante a noite ella rejeita a coberta.

Elisabeth Fl.... tem feito no hospital St-Charles, varias estadas prolongadas; os diversos tratamentos aos quaes tem se submettido, não modificaram sensivel-

mente o seu tremôr; o bromurêto de camphora, que lhe tem sido dado durante um mez, não produziu effeito algum.

"Nós temos pois sobre os olhos um caso de paralysia agitante; e em nossa doente, os symptomas são de tal maneira precisos, que se não pode ter nenhuma hesitação no diagnostico."

Nesta observação, parece-nos, ha um erro de interpretação da parte de Boucher, que diz reconhecer como causa unica e verdadeira da molestia de Parkinson n'esta doente, o traumatismo por ella soffrido ou melhor as modificações locaes trazidas, seja pelo desenvolvimento da inflammação, seja pelas causas que a provocaram

Com effeito a doente foi victima de uma espinha cravada na extremidade do dêdo, e um panaricio; mas se de um lado existe o traumatismo, do outro temos as emoções vivas e a habitação humida, que tambem se suppõe uma das causas que dão nascimento á molestia de Parkinson e em vez de como pensa Boucher, nós julgamos, que fossem as emoções a causa da paralysia agitante na pessôa de Elisabeth Fl....

E' claro que em tudo que fallei e para que isto se produza, deva se levar em conta e figurando em primeiro logar, a predominancia do papel importantissimo da predisposição.

SYMPTOMATOLOGIA

Segundo o methodo classico da descripção de Charcot, dividiremos a evolução da paralysia agitante em tres periodos, os quaes são: periodo de começo, periodo de estado e periodo de terminação.

Periodo de começo. Este periodo nós subdividil-o-hemos em dous outros, visto como as observações nos mostram que a molestia de Parkinson, ora tem seu inicio lento, ora subito.

Começo lento. Na maioria dos casos, o trêmor é o symptoma que primeiro desperta a attenção dos doentes, sendo sempre subito em sua apparição.

O tremôr é uma desordem da inervação, encontrado em varios estados morbidos; e se vezes ha que elle parece depender tão somente de lesões grosseiras da massa cerebral ou da medulla espinhal, outras, pelo contrario, manifestam-se independentemente de qualquer lesão organica apreciavel.

Na paralysia agitante, onde não ha lesão especifica, elle é phenomeno quasi pathognomonico ligado a outros symptomas, podendo manifestar-se tardiamente ou deixar de apparecer.

O tremôr da molestia de Parkinson tem caracteres especiaes, que o fazem distinguir dos outros tremôres, como havemos de ver quando tratarmos do diagnostico. Elle é circumscripto e começa ordinariamente pelas extremidades; as mãos, os dedos, particularmente o pollex, são affectados em primeiro logar, os pés podem-n'o ser tambem. Paulatinamente este tremôr que

é transitorio e pouco accentuado, vae progredindo em intensidade, persistencia e extensão.

Quanto a este desenvolvimento progressivo, seguem-se certos preceitos: assim é que, se fôr a mão direita a primeira affectada, no fim de alguns mezes ou annos, será a vez do pé direito, a mão esquerda em seguida e logo após o pé esquerdo.

A invasão cruzada é rara. Commummente o tremôr limita-se durante muito tempo aos membros de um só lado do corpo—forma hemiplegica—ou ainda aos dous membros inferiores—forma paraplegica. (Charcot).

Uma vez confirmada a molestia, o tremôr, que invadiu diversos membros, é mais ou menos frequente durante a vigilia; e exasperado por movimentos voluntarios e emoções moraes, acalma-se durante o repouso, e cessa por completo durante o somno. Algumas vezes elle só se apresenta por intermittencias, e, cousa interessante, é sobretudo durante o repouso que elle se manifesta para cessar, quando os membros são postos em movimento pela vontade.

Quando se localisa na mão, ella toma uma attitude particular: as phalanges estão distendidas, umas sobre as outras, porém ha flexão dos dedos sobre o metacarpo. A mão e os dedos tremem, individualmente e este tremôr compõe-se de oscillações rythmicas, porém de pequena extensão e duração curta. Este movimento coordenado do pollegar sobre a face externa do index, lembra os movimentos que se empregam quando se quer fazer pilulas, enrolar cigarro ou, melhor, contar moedas.

Os movimentos do membro inferior têm ordinariamente o mesmo rythmo, que os do membro superior e lhes são synchronos, como se o individuo estivesse a pendulo, as vezes acontece que este synchronismo é roto e a medida batida no tempo improprio, o que é logo corrigido.

Qualquer que seja o modo de progressão da agitação e o seu grau de intensidade, a cabeça é sempre indemne nos differentes estadios da molestia. Voltaremos a tratar deste facto, quando fizermos o estudo do diagnostico differencial da paralysia agitante.

Começo subito. Mais raro que o precedente, este modo de desenvolvimento da molestia de Parkinson tem sido observado em seguida a uma emoção violenta, como se vê nas observações inseridas no capitulo da etiologia. O tremôr neste caso invade ora um unico membro, ora todos os membros, persistindo durante um indeterminado numero de dias, diminuindo gradualmente ou mesmo desaparecendo de vez. Mais tarde, porém, após uma serie de melhoras e exacerbações alternativas, elle se estabelece definitivamente.

Charcot refere-se sobre a mudança da escripta nos parkinsonianos.

Da comparação feita entre as escriptas actuaes e as de uma data anterior á molestia, pode-se tirar bons elementos para o diagnostico.

Neste periodo da affecção, com a vista desarmada, a escripta parece regular, sendo sempre mais tenue do que quando o individuo se achava no estado de saude; mas, se munidos de lentes a examinarmos, nota-

remos em seus caracteres, partes mais largas e partes mais estreitas. O doente parece não mais ter a sensação da pressão que se imprime á penna para formar a parte cheia das lettras, sendo essas delgadas nos logares ém que deveriam ser mais accusadas.

Periodo de estado. Um tremôr, continuo quasi sempre, agita os membros; sua intensidade varia conforme os individuos, conforme os membros do doente, variando ainda segundo a occasião. Assim é que os membros e seus segmentos que foram invadidos em primeiro logar, são agitados com mais energia que os que soffreram a invasão depois. As emoções isthenicas ou asthenicas, o exercicio dos movimentos voluntarios, exaggeram o tremôr, que pode ainda ser exaggerado sem causa nenhuma apreciavel que se possa imputar, persistindo por um tempo assaz longo.

Neste periodo da affecção si se observa as mãos dos doentes, a coordenação das oscillações das differentes partes que as constituem é de tal maneira tão perfeita que se poderia acreditar na execução de um movimento voluntario. Os quatro dedos internos, unidos uns aos outros, mais ou menos dobrados em seu conjuncto, formam uma só peça, que vem bater por sua multipla extremidade, na face anterior do pollegar algumas vezes movel, ou na palma da mão (metade superior).

Nesta phrase da molestia, as alterações da escriptura são bem evidentes a olho nú. As pernas das lettras são muito irregulares e muito sinuosas; essas irregularidades e essas sinuosidades que não têm senão

uma amplitude limitadissima não se encontram egualmente em todas as letras e mesmo em toda as partes de uma mesma letra.

A cabeça e o pescoço do individuo, são respeitados; longe de ser agitados, os musculos da face são immoveis, o olhar tem uma firmeza notavel e a physionomia, ás vezes, tem uma expressão permanente de tristeza, outras vezes de estupidez. O nystagmus que figura tão frequente na symptomatologia da sclerose em placas disseminadas, não existe na molestia de Parkinson. A lingua é tambem affectada desse tremôr e não é raro vel-a animada desse tremôr mesmo encerrada na cavidade bucal, crescendo a agitação si se a tira para fóra da bocca. Os labios, ás vezes voltados, para dentro são applicados um contra o outro. Não ha propriamente embaraço da palavra, porém o discurso é lento, interrompido, a palavra breve, parecendo que a pronuncia de cada palavra custa um esforço consideravel da vontade. Quando a agitação do corpo é excessiva, pode acontecer que a palavra seja tremula, entrecortada, semelhante a palavra de um individuo que fallasse montado em um cavallo posto a galope. Vezes ha em que os enfermos parecem fallar entre os pentes.

J. Cisler, tendo submettido doze parkinsonianos da clinica do professor Thomayer, em Praga, ao exame laryngoscopico, notou em oito dentre elles, a existencia de uma perturbação particular do funccionamento das cordas vocaes.

Nestes doentes, as cordas vocaes, cujo aspecto

exterior não offereciam desde então nada de pathologico, se achavam em um estado intermediario entre a posição mediana e a abducção. Entretanto ellas conservavam sua mobilidade e a extensibilidade galvanica do nervo recurrente era normal. Tratava-se, pois, não de uma paralysia, porém de uma simples rigidez das cordas vocaes, analoga aquella que os parkinsonianos apresentam nos outros musculos do corpo.

No que tange á influencia exercida pela rigidez das cordas vocaes sobre a emissão da voz, o autôr tem notado, na maior parte de suas observações, uma inhibição parcial da phonação. Esta accusa um retardamento sensivel sobre a incitação nervosa que a solicitava.

Porém, olhando-se em repouso, sua posição atypica, em semi-abducção, as cordas vocaes conservam, como elle o já disse sua morbilidade, sobretudo no que concerne á adducção. Da mesma maneira que a rigidez dos musculos, do tronco e dos membros, a rigidez muscular do larynge está sujeita ás remissões.

Cisler opina que esta rigidez das cordas vocaes se deva encontrar frequentemente na molestia de Parkinson. Debaixo do ponto de vista da semeiologia e do diagnostico, a pesquiza deste signal não seria para esquecer.

A sialorrhéa é um dos symptomas da molestia de Parkinson, que tem sido menos frequentemente descripto. Mencionado por Vulpian em 1886, Brissaud, Heiman, Eulemberg, Gilli, Compin e Raymond o tem muitas vezes classificado entre os symptomas da mo-

lestia, porém nunca tentaram penetrar em seu mechanismo pathogenico.

Oppenheim, em um trabalho apparecido em 1903, lembra a observação de seis parkinsonianos com sialorrhéa e occupa-se particularmente de esclarecer as causas deste phenomeno morbido.

Para elle a sialorrhéa não depende de uma manifestação mechanica; ella não é devida ao tremôr eventualmente concomittante dos labios, do mento, da lingua e dos musculos mastigadores que são affectados da rigidez e difficuldade motora.

Oppenheim conclue, dizendo que a sialorrhéa representa uma hypersecrecção salivar primitiva, um phenomeno de origem bulbar.

Os musculos da respiração, não parecem participar da desordem convulsiva dos membros; alguns doentes se queixam de oppressão, quasi constante.

A cabeça dos doentes é projectada para diante e inclinada, sua flexão é variavel, algumas vezes é assaz consideravel para que o mento, como em alguns dos casos observados por Parkinson, venha se applicar sobre o sternum.

Charcot tem notado que em uma certa epocha da molestia, os musculos do pescoço, dos membros, do tronco são atacados de uma rigidez a principio dolorosa e intermittente; os musculos flexores são affectados primeiramente e em maior gráu. E' a rijeza muscular que impõe aos doentes sua attitude caracteristica: o eixo de seu dorso forma ordinariamente com os membros inferiores um angulo obtuso; seu pescoço faz

com o eixo do dorso um angulo menor. Os braços estendidos ao longo do thorax se affastam delle muito francamente; os antebraços são dobrados sobre os braços, quasi em angulo recto, de tal maneira que as mãos dobradas sobre os antebraços repousam sobre a cintura. Com o andar do tempo, as mãos, por causa da rigidez permanente de certos musculos, offerecem deformações que devem ser conhecidas, porquanto em varias occasiões têm tornado o diagnostico difficil. Ordinariamente o pollegar e o index são alongados e approximados um do outro, posição egual a que se toma quando se pega em uma penna para escrever; os dedos, ligeiramente inclinados para a palma da mão, são desviados em massa para o bordo cubital. Finalmente elles mostram em suas diversas articulações, uma serie de flexões e de extensões alternativas, de maneira a lembrar certos typos de deformações observadas no rheumatismo chronico progressivo. Os membros inferiores rigidos são ligeiramente curvados. Como a dos membros superiores, sua extensão é bastante difficil. Os joelhos são approximados um do outro, os pés simulam a malformação designada sob o nome de pé torto, varus, esquino; os artelhos apresentam a disposição em garra. Devido a essas malformações a marcha é possivel, porém soffre modalidades; as articulações tibio-femoraes, parecem ankylosadas; os movimentos de progressão se passam quasi exclusivamente nas articulações superiores, a extensão do passo é diminuida, os doentes se transportam sobre a parte anterior dos pés e sobre os artelhos, os quaes uma

vez cessada a marcha, retomam sua posição primitiva. Os movimentos voluntarios são retardados em sua effeituação e decorre-se entre a ordem da vontade e o acto, um tempo muito relativamente consideravel; os menores esforços acarretam uma fadiga extrema.

Dejerine diz que os parkinsonianos que têm perdido quasi toda sua força muscular para o trabalho motor, a conservam longo tempo para o trabalho estatico. Isto não é analogo ao que se passa na molestia de Thomsen, porque os doentes podem relaxar o musculo.

A fraqueza é maior para os musculos extensores, o que concorda com a attitude em flexão destes doentes.

Segundo as pesquizas de Borneville, o enfraquecimento dynamometrico é mais pronunciado no lado em que o tremôr predomina.

A marcha de uma pessôa atacada de paralysia agitante é caracteristica. Quando quer se levantar de sua cadeira a recúa, como se a extensão do campo fosse insufficiente: apoia suas mãos sobre o balaustre de sua cadeira, adianta a bacia, approxima as mãos aos lados da cadeira e após alguns esforços, levanta-se subitamente.

Estes movimentos são penosos e executados com lentidão. Uma vez de pé, suas mãos veem unir-se a cintura, a flexão do corpo e da cabeça é então mais pronunciada.

Os doentes hesitam alguns segundos antes de se pôr em marcha, que encetada toma, muito embora,

contra sua vontade, a feição de uma rapida marcha. Muitas vezes durante o seu trajecto, não raro acontece serem ameaçados, ou mesmo victimas, de desastradas quedas. Não poder-se-ha admittir, pelo menos em todos os casos, que esta tendencia a correr para diante, esteja ligada exclusivamente á que o centro de gravidade se ache deslocado pela inclinação da cabeça e do tronco; effectivamente, alguns doentes, a despeito da flexão manifesta de seu corpo para diante, tendem durante o curso de sua marcha, a recuar ou mesmo se voltar. Além disso, ha casos nos quaes se tem assignalado a propulsão e a retropulsão sem que a inclinação se tenha manifestado.

A paralysia agitante não é uma molestia deploravel porque priva o doente do uso de seus membros, reduzindo-o, cêdo ou tarde, a uma inercia quasi absoluta; ella se torna uma affecção cruel porque sua trajectoria é acompanhada de um grupo de sensações penosas, que vamos descrever:

Constantemente fatigado, prostado, sobretudo após os paroxismos do tremôr, é atormentado por um mau estar indefinivel, que se caracterisa por uma necessidade constante de mudar de posição, sendo obrigado a levantar de momento em momento; esta necessidade exaspera-se a noite, muito principalmente quando o doente se acha deitado. O pezo de seus membros parece augmentado e os seus musculos parecem que são rasgados.

Charcot foi o primeiro que assignalou, nos parkinsonianos, uma sensação habitual de calôr excessivo,

que é mais acusada na região epigastrica e sobre o dorso; mais raramente, os membros e a face são a séde deste calôr subjectivo que augmenta em intensidade, após aos paroxismos de tremôr. Esta sensação é ainda acompanhada de uma abundante secreção de suor, tornando-se mais intensa nos individuos que não suam e cujo tremôr é pouco accentuado.

Por mais intensas que sejam esta sensação de calôr e a energia das contracções, a temperatura central fica sempre normal. O conhecimento de tão interessante phenomeno é devido ainda a Charcot, o qual se baseiou em numerosas observações thermometricas.

Apezar da reserva muscular da qual os doentes fazem as suas despezas, vê-se em alguns delles compostos que são considerados como productos da combustão dos musculos, diminuir na urina ou não attingir seu maximun physiologico. As analyses feitas por P. Regnard nas urinas de dois doentes de Charcot nos dão o seguinte resultado: a media de 14 dosagens dá para a uréa 19 grammas, cifra hyponormal, e para o acido urico 1 gr. 25.

Grunner e Vogel tem sempre encontrado uma diminuição dos sulfatos nas urinas dos individuos atacados de affecções dynamicas.

Os reflexos são normaes ou melhor um pouco enfraquecidos.

Não ha perturbação da sensibilidade: ella é conservada em todas as suas formas, com todos os caracteres sob os quaes se apresenta no estado normal.

A respiração e a circulação são normaes; ha algu-

mas perturbações para o lado do apparelho digestivo, dentre as quaes resalta uma constipação pertinaz.

Para o lado da pelle, ás vezes nota-se a presença de echymoses expontaneas symetricas assignaladas por Carriere, as quaes são verdadeiramente de origem myelopathica.

Ordinariamente, os symptomas que temos descriptos, persistem, augmentando em intensidade até o termo fatal, e podem se prolongar até 20, 25 e mesmo 30 annos.

O periodo ultimo que dura geralmente de 3 a 5 annos é caracterisado por desordens da nutrição e perturbações psychicas. O doente cahe n'um verdadeiro estado de cachexia. A intelligencia perfeita nos dous primeiros periodos é perturbada sensivelmente; ha perda completa da memoria. As perturbações trophicas são evidentes e no marasmo, com anasarca, diarrhéa, incontinencia de urina, prostação completa das forças, escharas que se manifestam em varios pontos do corpo, o doente chega ao termo final de sua existencia.

Geralmente uma affecção intercurrente apparece antes do periodo supradito, pondo termo á vida do paciente.

A marcha desta affecção não é sempre progressiva; tem-se citado casos de melhora e mesmo de cura. (Eliotson, Brown Sequard e Duchenne.)

Pelo que acabamos de expôr, não existe no quadro clinico da molestia de Parkinson um só symptoma ao qual possamos chamal-o de pathognomonico e como

Boucher, pensamos que o symptoma de primeira ordem é o aspecto geral dos doentes.

— —

DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO

Do conjunto dos symptomas descriptos no capitulo precedente, deduz-se que o tremôr e a rigidez muscular são os dous principaes symptomas da molestia, pelo que para melhor clareza e methodo vamos, embora succintamente, descrever em separado, cada uma das affecções que com a molestia de Parkinson offereça alguma analogia.

Paralysia geral progressiva. A paralysia geral progressiva, quando não sobrevem no curso da alienação mental, pode ser confundida com a paralysia agitante. Effectivamente, no caso figurado, os individuos gozam no comeco de toda sua intelligencia; ás vezes o tremôr é precedido de um enfraquecimento dos membros que tomam a fôrma de invasão hemiplegica ou cruzada. Este enfraquecimento é de curta duração e uma verdadeira paralysia succede-lhe logo, o que se não dá com a molestia de Parkinson; mais ainda, a intelligencia e os sentimentos sempre sãos nos varios periodos desta ultima affecção, excepto no ultimo, são logo perturbados nos primeiros tempos da paralysia geral progressiva.

Frequentemente observa-se uma perda gradual, insensivel, do movimento nos musculos interiores e involuntarios, o diaphragma mesmo pode ser atacado,

a lingua balbucia, os sphincteres se relaxam, finalmente a paralysia geral progressiva existe raramente isolada, independente; ella é sempre ligada a varias perturbações intellectuaes, que acabam por trazer a demencia. Ora, nenhum destes symptomas são communs á molestia de Parkinson: o tremôr dos paralyticos geraes, é caracteristico. "Elle se compõe de saccudidelas mais ou menos approximadas, mais ou menos extensas, affectando o musculo todo inteiro ou aos feixes isolados de fibras musculares; exagera-se sob a influencia do esforço voluntario, transforma-se, passando em dadas occasiões de um tremôr imperfeito á convulsão". (Fernet)

Os paralyticos geraes não têm o facies caracteristico dos parkinsonianos.

Choréa chronica. Em um de seus tratados de clinica, Trousseau chama a attenção sobre a possivel confusão da choréa, sobrevindo nos velhos com a choréa senil, ou tremôr senil que tem muita analogia com a paralysia agitante. Clavemeira fez em 1872, o diagnostico differencial entre a choréa chronica e a paralysia agitante. O estado de instabilidade continúa que se observa n'esta, durante a vigilia, a relação da causa com o effeito que se tem assignalado entre as emoções e seu começo, a violencia da agitação que se tem notado algumas vezes na molestia de Parkinson, são os dados de que dispomos para fazer o diagnostico. Nos choreicos, a agitação pode não deixar indemnes a cabeça, o tronco e a face; mais ainda, a direcção geral de seus movimentos é estorvada desde a origem, por

sacudidas desordenadas, extensas e que se tem comparado a descargas electricas. A escripta é um poderoso elemento de diagnostico para estas duas affecções: na choréa, os doentes não podem ligar as lettras, que por sua lhes são desiguaes, mais elevadas, que, no estado de saude, caracteres estes que faltam na molestia de Parkinson. A choréa é uma molestia frequente nas primeiras idades, emquanto que a paralysia agitante, afóra os casos excepcionaes, ataca de preferencia as pessoas idosas. O facies da choréa em nada é analogo ao da paralysia agitante.

Tremôr senil. Em suas formas completas, esta affecção está ligada ao estado de enfraquecimento geral, e não se manifesta senão nos velhos ou nos individuos victimas de velhice precoce. Seu começo é lento, sua marcha isenta de remissões e exacerbações é gradualmente crescente.

Quanto ao seu modo de invasão, que é sempre symetrico manifesta-se primeiramente nos musculos do pescoço, depois se extende successivamente, sendo menos frequente nos labios, nas mãos, nos braços e nas pernas.

Esta generalisação não se encontra na molestia de Parkinson na qual a cabeça fica indemne de toda agitação, ou quando algumas vezes isto aconteça, as oscillações são communicadas pelo tronco e os braços. A prova disso é que, se mantivermos fixos essas partes a agitação da extremidade cephalica é tambem suspensa, o que não se dá com o tremôr senil. Nos velhos ha uma sensação de frio e um balbucio continuo

que não existem na molestia de Parkinson. Finalmente, no tremôr senil as oscillações não trazem a ideia de certos movimentos coordenados.

Tremores toxicos. A intoxicação, por certas substancias, taes como o alcool, o chumbo, o mercurio, o absintho, haschish, o iodo, o opio etc, podem dar lugar á apparição de tremores, que se poderiam confundir com o da molestia de Parkinson. Delongar-nos-hemos um pouco sobre os tremôres causados pela intoxicações alcoolica, mercurial e saturnina, que são os mais frequentes, si bem que a elles como aos demais de origem toxica, a reunião da caracteristica symptomatica e sobretudo da caracteristica etiologica, especialisa perfeitamente este grupo de tremôres.

(a) Tremôr alcoolico — O tremôr alcoolico é sobretudo pronunciado pela manhã; elle não occupa senão os membros superiores e não é rythmado como o da paralysia agitante.

(b) Tremôr mercurial. Este tremôr augmenta consideravelmente por occasião dos movimentos voluntarios, que diminuem ao contrario o da molestia de Parkinson.

(c) Tremôr saturnino. A existencia do tremôr saturnino negada por muitos auctores, pode affectar todas as formas, desde a tremulação muscular que torna insensivel á vista, até a da ataxia. Lafont opina que o verdadeiro tremôr saturnino é aquelle que é precedido de uma fraqueza progressiva nos membros thoraxicos, affectando em primeiro logar a mão, ás ve-

zes esse tremôr é unilateral e localisa-se á direita, generalisando-se depois.

Muitos auctores consideram esse tremôr como sendo de origem alcoolica e esse facto tem sua explicação visto como os individuos que trabalham com os preparados de chumbo costumam tomar alcool. Lafont objecta-os dizendo ter observado que o tremôr saturnino augmentava mais intensamente durante a noite do que pela manhã, o que não succede com o tremôr alcoolico que, como já vimos, é augmentado pela manhã. O tremôr saturnino differe ainda do da paralysia agitante por não ser coordenado.

Amollecimento cerebral. A attitude emphatica destes doentes, a perturbação dos movimentos que se tornam de uma lentidão extrema, a immobilidade dos traços que tornam a physionomia hebetada, estupida, o escoamento involuntario de saliva e o embaraço da palavra, taes são os dados com que nos podemos confundir com os da molestia de Parkinson. Charcot chama attenção para a integridade da intelligencia, que, nos parkinsonianos, é conservada ordinariamente até o fim.

Sclerose em placas disseminadas. E' a sclerose em placas disseminadas, uma das affecções que por muito tempo se confundiram que maior analogia offerece com a molestia de Parkinson, pelo que se faz mister que nos delonguemos no estudo dos symptomas communs a ambas, differenciando-os.

O tremôr é um symptoma commum á sclerose em placas disseminadas e á paralysia agitante; é elle que fez confundir essas duas affecções até antes dos traba-

lhos de Charcot. Vejamos os caracteres especiaes delle á cada uma dellas.

Na sclerose em placas disseminadas o tremôr é nullo durante o repouso, manifestando-se por occasião dos movimentos intencionaes, de uma certa extensão principalmente e tornando-se mais intenso á proporção que o fim a attingir é mais afastado. As oscillações são quasi nullas quando o doente faz pequenos trabalhos (coser, enfiar a linha, etc) sem que os movimentos sejam muito alterados; a escripta no começo é perfeitamente legivel, mas seu tremôr é irregular, as lettras não têm seu tamanho relativo sendo formadas de linhas quebradas, menores que na molestia de Parkinson, e não sendo ligados entre si.

Mas, se o doente quer fazer aqui um movimento extenso, ou se quer tomar uma attitude, que não pode ser mantida senão com o auxilio de uma tensão activa e, mais ou menos energica, dos musculos, segundo estas modificações do periodo estatico, exijam a participação de uma porção ou de todas as porções do corpo invadidas pelo tremôr, se vê este oscillar em uma ou em todas as suas partes. Si elle quer, por exemplo, levar á bocca um copo cheio d'agua, o tremôr apparece na mão e no braço; pouco sensivel no momento da apprehensão exaggera-se á medida que se approxima dos labios, a ponto de, no momento em que vae attingir o fim, os dentes serem chocados com violencia, e a agua ser projectada longe.

Durante a marcha, suppomos sempre uma forma completa de sclerose em placas; a cabeça, o tronco, e

os membros são agitados; na posição assentada, as oscillações não mais persistem senão na cabeça e no tronco, cessando no decubitus horisontal. As mãos em tempo algum são animadas de pequenas oscillações que lhes fariam descrever, como na molestia de Parkinson, uma curva elliptica com grande eixo vertical; nunca, segundo se dá n'esta affecção, se vê os dedos moverem uns aos outros e simularem, por exemplo a acção de fazer pilulas.—Na sclerose em placas, o tremôr é precedido mais frequentemente do que na molestia de Pàrkinson, pelo enfraquecimento das forças motoras, o qual pode ir até a uma paraplegia, começando pelos membros inferiores e ganha em seguida os superiores e a cabeça. As extremidades dos membros superiores são ordinariamente a primeira séde da agitação na molestia de Parkinson. Assim como o tremôr dos membros, os movimentos da extremidade cephalica, têm caracteres especiaes n'estas duas affecções.

Na molestia de Parkinson, é de regra que os musculos da cabeça e do pescoço fiquem indemnes de toda a agitação emquanto o contrario se observa na sclerose em placas disseminadas. Os movimentos que animam a cabeça dos parkinsonianos, são communicados pelos membros e o tronco. O tremôr na molestia de Parkinson, produz-se sobretudo no estado do systema muscular, que corresponde a uma posição fixa, e é permanente na vigilia; os movimentos que necessitam de grande amplitude, longe de o exagerarem, diminuem frequentemente sua intensidade; nunca augmen-

tam com a proximidade do ponto a attingir; demais são pouco extensos, rapidos, regulares, e consistem em contracções e relaxamentos alternativos dos musculos que estão em jogo, seja para executarem o deslocamento de um membro ou a traslação de um corpo por inteiro, seja finalmente para conservarem nas partes sua attitude natural. Segundo Gubler, as contracções musculares, em logar de se desenvolverem como nas condições normaes, gradualmente, sem agitações, e de uma maneira insensivel, fazem-se ao contrario, por saccudidas e como por uma corrente interrompida, com intervallos de repouso.

Na sclerose em placas disseminadas não ha *astasia muscular*, porém producção de contracções involuntarias, sem fim, que se approximam das gesticulações da choréa; esta analogia era tal que antes das pesquizas de Charcot, a sclerose em placas foi algumas vezes designada sob os nomes de choréa rythimica, de *paralysia choréiforme.*

Algumas vezes observa-se no começo da sclerose em placas, a diplopia, e commummente no periodo de estado, a amblyopia e nystagmus, que excepcionalmente existem na molestia de Parkinson. Nota-se mais um embaraço da palavra que se approxima do symptoma correspondente da paralysia geral progressiva; ella é lenta, arrastada, momentos ha nos quaes é quasi inintellegivel, sua articulação hesitante, por vezes precedida de uma contração quasi convulsiva dos labios.

Certas consoantes taes como o *l* o *p* o *g*, são par-

ticularmente mal pronunciadas, modalidades estas que se não tem observado na paralysia agitante. A vertigem, em virtude de sua grande frequencia, de sua apparição precoce, na sclerose em placas e de sua ausencia na molestia de Parkinson, é um importante elemento de diagnostico.

Na sclerose em placas, os doentes conservam durante longo tempo sua physionomia ordinaria; depois de um certo tempo apresentam geralmente um aspecto de estupidez, sobrevindo ao mesmo tempo uma modificação no estado mental; todas as faculdades intellectuaes e affectivas se enfraquecem, os doentes vivem como indifferentes a tudo que os cerca.

Tem-se notado a alienação mental, surgir no meio deste periodo depressivo.

Tremôr do bocio exophtalmico—. O tremôr do bocio exophtalmico é rapido e miudo, *vibratorio*, pouco mais ou menos localisado nas extremidades, sobretudo nos dedos.

Hysteria. Um tremôr hysterico pode simular muito bem o da molestia de Parkinson; procurar-se-ão os stigmas e se observará a acção, tão efficaz, dos agentes esthésiogenos e da suggestão. (Fleury.)

Rheumatismo articular chronico. Esta affecção, mormente quando é progressiva, apresenta caracteres de tal modo identicos aos da molestia de Parkinson, que podem dar logar a um erro de diagnostico.

Estes caracteres são: a attitude geral, a retracção dos musculos, os desvios da columna vertebral, e as deformações das mãos. Baseado em factos de ordem

clinica, Charcot faz, como vae abaixo escripto, o diagnostico differencial destas duas affecções, de etiologia bem differentes mas de caracteres parecidos.

Os differentes phenomenos do rheumatismo articular, agudo ou sub-agudo, verificam-se nas juntas, que são menos moveis. A tumefação apodera-se das partes molles para produzir as hydarthroses, das espessuras da synovial e do tecido sub-seroso; das partes duras para formar os osteoides.

Estes symptomas não existem na molestia de Parkinson. Concomittante á retracção espasmodica dos musculos; dores em forma de caimbras que existem na molestia de Parkinson, surgem crepitações e ankyloses cellulosas, symptomas estes que até então não têm sido verificados na molestia de Parkinson e que são proprios do rheumatismo nodoso. Nesta affecção é preciso procurar as causas que concorreram para as alterações das articulações que na molestia de Parkinson ficam illesas. O aspecto soldado dos parkinsonianos não é susceptivel de confusão com o do rheumatismo chronico generalisado.

Prognostico—O prognostico da molestia de Parkinson é um dos mais graves, não só porque raros são os casos de cura assignalados, como tambem porque todos os symptomas que apparecem no decurso de sua marcha trazem um soffrimento atroz para o doente.

Pathogenia e Anatomia pathologica

Até então, não obstante os muitos estudos e pesquizas que de ha muito se vêm fazendo, é ainda bem

grande o claro que nos apresenta a pathogenia e a anatomia pathologica da molestia de Parkinson.

Deixando de parte as theorias combatidas, contentar-nos-hemos em fazer uma resenha das que modernamente se acham em voga e que já tantos embates têm soffrido.

Alguns pathologistas não tendo achado lesões caracteristicas, continuam a considerar este syndromo como uma nevrose.

Ad instar Blocq e Gauthier, muitos auctores consideram esta affecção como de origem peripherica muscular. Frankel a colloca no grupo dos syndromos produzidos por uma alteração do chimismo organico, taes como o myxedema e a molestia de Basedow.

Até o presente, só um caso de associação do syndromo de Parkinson com o de Basedow, é conhedido, o qual foi publicado por Mœbius.

Os estudos de physiologia experimental feitos por Vassal e Generali no cão, Erheim no rato, Doyen e Jouty nos passaros, Harvier no coelho e no gato, demonstram que a paratyroidectomia total praticada nos animaes, traz após si phenomenos tetanicos que acarretam a morte. Os phenomenos agudos começam mais cedo no gato tres horas, no coelho dezeseis horas após a parathyroidectomia.

Os animaes estremecem ao menor ruido; nota-se um tremôr das extremidades anteriores e posteriores que se exaggera quando se eleva ou excita o animal ou ainda quando se bate na gaiola. Este tremôr se estende

a toda musculatura do corpo; existe dispnéa intensa, com forte inspiração; finalmente crises convulsivas repetidas vêm apressar a morte do animal.

A destruição brutal ou lenta de um certo numero de parathyroides pode trazer perturbações da nutrição com evolução lenta e se terminar pela morte, sem que tenha havido antes, manifestações tetanicas.

Lundborg foi o primeiro auctor que estabeleceu a relação da paralysia agitante com as glandulas parathyroides e pelos resultados obtidos em suas pesquizas está inclinado a acreditar que esta affecção seria um syndromo chronico e progressivo do hypoparathyroidismo. A's razões que o levaram a tirar esta conclusão, foram as seguintes. Dedicando-se ao estudo da myoclonia, achou em uma familia de suêcos rusticos, 18 casos de myoclonia e cinco casos de paralysia agitante. D'ahi lhe surgiu a ideia de uma relação existente entre os dous syndromos que tem ainda de commum a sua evolução sempre progressiva, interessando ambos ao apparelho neuro-muscular, terminando-se pela cachexia.

Na myoclonia se observa muitas vezes uma rigidez e uma attitude do corpo analoga a attitude do syndromo de Parkinson. A seu vêr a myoclonia tem ainda relações com a tetania, fazendo lembrar o aspecto dos animaes thyroparathyroidectomisados.

A attitnde da mão na paralysia agitante, por sua semelhança com a que se nota na tetania, vem ainda em apoio da opinião Lundborg, dö mesmo modo que os resultados favoraveis obtidos por Berkley com a

applicação da opotherarpia parathyroidiana no syndromo de Parkinson, e sobre o qual nos delongaremos quando estudarmos o tratamento.

Castelvi assignalou a existencia de lesões do corpo thyroide e é de opinião que este syndromo seja a consequencia de uma autointoxicação de origem thyroidiana.

Alquier em suas investigações anatomo-pathologicas, achou nas parathyroides grande numero de vesiculas gordurosas e substancia colloide baseando-se nisto para admittir que se trata de uma glandula em estado pathologico intermediario ao hyper e ao hypofunccionamento.

Gustave Roussy contesta a opinião de Alquier, dizendo que os factos sobre os quaes elle se baseia são insufficientes para julgar do estado pathologico de uma glandula de secreção interna em geral, e sobretudo das parathyroides.

Bem que de nenhum valôr nossa opinião, no entretanto estamos de accordo com Lundborg, si bem que um argumento serio surgisse desfavoravel a sua theoria, e foi o seguinte: na paralysia agitante as reacções electricas são geralmente diminuidas emquanto na insufficiencia parathyroidiana aguda (tetania) ellas são exaggeradas.

Dubief diz ter encontrado lesões protuberanciaes ou peri-ependymares, um endurecimento senil dos centros nervosos com atrophia e sobrecarga das cellulas pigmentares, uma pigmentação anormal das cellulas dos cornos anteriores da medulla.

Ballet em 1898 achou as mesmas alterações medullares, e mais ainda uma fragilidade particular dos prolongamentos protoplasmicos das cellulas dos cornos posteriores e dos anteriores da medulla. Gowers attribue a rijeza dos parkinsonianos a uma alteração funccional dos prolongamentos protoplasmicos das cellulas nervosas.

Blocq e Gauthier têm assignalado lesões musculares. Sanna Salaris diz que a fibra muscular é em geral um pouco atrophiada. A estriação transversal apparece mais ou menos claramente e não em toda a fibra, porém as lesões são parciaes e mal definidas. A estriação longitudinal apresenta vacuolos em forma de losango; as fibras longitudinaes são embaraçadas e se dirigem em todos os sentidos.

O tecido perifascicular nada offerece de particular. Os nucleos de sarcolema são normaes em numero, séde e dimensões.

Os vasos sanguineos visinhos dos tendões encontram um augmento dos nucleos, a tunica media tem um aspecto hyalino.

Alguns raros feixes nervosos visiveis não mostram nenhuma alteração do cylindro-eixo.

TRATAMENTO

A molestia de Parkinson é, debaixo do ponto de vista therapeutico, uma destas affecções pertencentes ao grupo das para que até então têm sido baldados todos os esforços.

O opio, a morphina, a strichinina o arsenico, debaixo da forma de injecções sub-cutaneas, a electricidade, a hydrotherapia, os banhos sulfurosos, o bromurêto de camphora, o iodurêto de potassium, a hyosciomina e tantos outros medicamentos, têm sido ensaiados, sem comtudo dar nenhum resultado.

Algumas vezes nota-se uma melhora, embora passageira, com a applicação de alguns delles; assim por exemplo a hyosciamina na dose de meia milligrammo e o bromureto de potassium, têm sido indicados contra a agitação. Medicamentos ha que em vez de produzirem effeito, vão exaggerar o estado de agitação; são elles, ó nitrado de prata, a strichinina, o opio, segundo Charcot

Tem se aconselhado ainda submetter os doentes a um choque vibratorio, collocando-os em uma cadeira trepidante.

Berkley, baseado na theoria de Lundborg e nos ensaios de physiologia experimental, feitos por Vassal e Gerali, Erheim, Doyn e Jouty, já por nós allures referido, administrou glandulas, experimentadas physiologicamente, em onze casos de paralysia agitante em varios graus.

Em alguns casos obteve melhoras e todos os doentes notaram haver um augmento de coragem, bem estar e energia mental, durante a administração do medicamento.

Maragna e Mossaglia publicaram a observação de dous parkinsonianos, que foram tratados com suc-

cesso, porém logo que suspendeu o tratamento, o tremôr reappareceu.

Berkley diz que a mór parte dos preparados, existentes no mercado, são inactivos; elles variam tanto em seu valôr therapeutico que não deveriam ser usados, sem serem previamente ensaiados. Como as preparações se alteram rapidamente, é de bôa praxe conserval-as no gelo até serem usadas. A dose inicial do preparado em pó é de 1|20 do grão (1 decigrammo =1,5432 grão), 2 ou 3 vezes por dia, de preferencia em capsulas, sendo que as doses maiores produzem fraquezas, constipação e excitação nervosa. Os effeitos salutares do medicamento nos casos tentados, só foram observados após o uso de 50 a 75 capsulas.

Dos onze doentes, nove melhoraram, sendo que as melhoras mais accentuadas foram nos casos mais recentes.

Um doente, julgando-se curado teve alta do tratamento: outro contou que os tremores apparecidos mais recentemente se tinham applacado, emquanto os antigos se mostraram com menos intensidade.

Froment e Pillon recentemente propozeram e incluiram na therapeutica da molestia de Parkinson o methodo da resducação muscular. Alquier diz que viu os bons effeitos da massagem se manterem varios mezes e até um anno e meio. Finalmente mais recentemente ainda Grasset se contenta em citar textualmente e sem nenhum commentario, algumas linhas do capitulo consagrado por Lagrange ao tratamento da

molestia de Parkinson pelos movimentos methodicos e a mechanotherapia.

Quanto á technica empregada, ella se resume nos dados seguintes: movimentos passivos communicados pelas machinas, exactamemte rythmadas, do systema Zander, movimentos activos variados e repetidos dez ou quinze vezes em cada applicação, movimentos rythmados interessando os differentes grupos musculares, com um peso de resistencia consideravelmente inferior á força dos musculos considerados.

Meige recommenda e diz que esse tratamento para ser completo, é preciso lutar contra a inercia do parkinsoniano por um processo gymmastico muito exactamente regrado; massagem, movimentos passivos exercicios activos executados com lentidão, attenção e meticuloso cuidado.

OBSERVAÇÕES

(Observação pessoal)

R. M., idade 68 annos, viuva profissão domestica, interrogada diz-nos o seguinte:

Antecedentes hereditarios e collateraes. — Não tem paes, que morreram ha muitos annos, nada podendo informar. Teve 9 irmãos, dos quaes oito mulheres e um homem. Dos irmãos restam apenas dois, que apezar de serem mais velhos, gosam de bôa saude.

Antecedentes pessoaes. Na infancia nem na puberdade teve molestias dignas de nota. Menstruada aos 13 annos, sempre foi bem regrada até a epocha da

menopausa. Aos 16 annos casou-se, sendo gravida seis vezes, quatro a termo e dois abortos, um no terceiro mez e outro no quarto. Os filhos são bastante nervosos. Ha dez annos passados foi accommetida de um forte accesso de asthma, o qual sobrevinha mensalmente, desapparecendo logo que se manifestaram os primeiros symptomas da paralysia agitante.

Perguntamos como e quando se tinha iniciado sua molestia, e a doente nos contou o que abaixo vae escripto:

Em Setembro de 1905, dormia á noite, quando foi despertada por um rumôr extranho que ouvira, para os lados da sala de jantar; attribuira esse rumôr á presença de gatunos, apoderando-se immediatamente de grande pavôr. Horas depois, passado o medo, observou que o seu braço direito tremia, tendo fortes tonturas e vontade de vomitar. Passada essa crise, adormeceu e em despertando no dia seguinte permaneceu por algum tempo no leito, sentindo a sensação de enfado, que durou todo o dia.

O tremôr com as suas alternativas, fazia progressos; hoje elle é franco. Decorrido um anno calculadamente, o tremôr que desde o inicio da molestia se havia localisado no braço direito como acima dizemos, extendia-se pouco e pouco á perna e coxa do mesmo lado, tomando deste modo á forma hemiplegica. Desta maneira a doente levou dous annos, de nada queixando-se a não ser do tremôr, com o qual, dizia ella, já se achava acostumada e que se não fôra a fraqueza que sentia do mesmo lado, podia se considerar bôa.

Sua marcha e attitude era typica dos parkinsonianos. Quando caminhava, seus passos eram miudos e pareciam medidos; si tentava correr, depois de empregar um esforço ingente, o mais que conseguia era obter um numero maior de seus passos, não podendo ultrapassar a medida.

O lado affectado pela hemiplegia parecia enrijado, na attitude de marcha a perna não dobrava, e a articulação do joelho parecia ankylosada. A enferma sentia ainda dormencia do lado doente.

Cosia perfeitamente apezar do tremôr e conta ella que, no começo enfiava até a linha na agulha. Tivemos occasiãc de observal-a costurando e notámos o seguinte: na occasião de enfiar a agulha para dar o ponto, o tremôr cessava por completo; dado o ponto, o tremôr reapparece mais forte do que antes, parecendo se ter accumulado durante o curto espaço de tempo em que não appareceu.

Actualmente a enferma excessivamente emotiva em se fallando de uma pessôa de sua familia que tinha morrido, ou quando tem qualquer colera, ás vezes por factos sem importancia tão sem importancia que em qualquer de nós poderiam passar despercebidos, a doente se irrita, seu tremôr augmenta e já não é mais o lado hemiplegico que se agita, todo o seu corpo vibra, e cousa notavel, a parte da face do lado doente (lado direito) fica ischemiado, em quanto o lado são (lado esquerdo) se torna ruborisado, congestionado. Quanto ao tremôr, que nos accessos de colera se extende ao lado são, attribuimos a propagação ou ao

augmento de intensidade do tremôr, que se repercute até ao lado são, sendo sempre mais accentuado do lado doente.

A asthma, a que no começo nos referiu a doente, cujos accessos voltavam todos os mezes, desappareceu por completo.

A attitude da doente neste tempo, chamava a attenção de quem quer que a visse. Os traços de seu rosto eram immoveis, o ar tragico, caracteritico dos parkinsonianos, como muito bem o comparou Charcot; o aspecto inteiriçado da doente, contrastava com o tremôr.

De pé, nota-se uma cyphose muito accusada da parte superior do rachis, o qual e em seu conjuncto é desviado á direita; estes desvios conincidem com os da antepulsão e lateropulsão á direita. Os braços são ligados ao tronco, os antebraços e as mãos em semi-flexão applicados á cintura. Nesta posição, quando o tremôr augmenta, a doente tenta impedil-o com a mão esquerda. O tremôr da mão consiste n'um movimento coordenado do pollegar sobre a face externa do index, lembrando o movimento coordenado que se emprega quando se quer fazer uma pilula ou enrolar um cigarro.

Este tremôr cessa completamente durante o somno e persiste menos intenso, é bem verdade, durante o repouso. Estando-se num lado opposto ao para o qual ella está voltada, e si se a chama, ella se volta, a cabeça faz um movimento de rotação quasi inperceptivel, o qual movimento é substituido pelo corpo,

que se volta com a cabeça, que fica immovel nesse trajecto. Os seus olhos têm a expressão de angustia. Os signaes de retropulsão e lateropulsão são bem manifestos. Sua escripta é tremida.

A palavra é interrompida e esta interrupção dura um tempo muito curto: é, como se tem comparado a palavra de uma pessôa que fallasse montada em um cavallo á trote.

Outro facto, para o qual se voltou a nossa attenção, foi o modo pelo qual a doente bebia a agua ou outro liquido: no momento em que ia pegar no copo, o tremôr cessava, assim como quando ia levando á bocca.

Tomava grandes gólos de espaço a espaço e não era raro vel-a engasgar, sobrevindo em consequencia disso uma tosse, tão natural nesses casos. Parecia haver já uma invasão da rigidez nas cordas vocaes.

A doente tinha um pytialismo bastante acentuado: cuspia tres e mais vezes por minuto. O estado dos differentes apparelhos, circulatorio, respiratorio e genito-urinario é satisfactorio, nada havendo digno de menção.

Para o lado do apparelho nervoso observamos o seguinte: os reflexos tendinosos, são exaggerados e esse exaggero é mais accusado do lado doente. Não tem o signal de Babinsky. O signal de Argil-Robertson não existe.

As cousas iam deste modo, quando em 17 de Setembro de 1910, a doente jantava com sua familia, sentindo n'essa occasião um esmorecimento tão grande

do lado direito, que mal pediu soccorro, cahira da cadeira na qual estava sentada. O tremôr era intenso e appareceu pela primeira vez na mão esquerda.

Soccorrida por pessoas da familia, foi levada para seu leito, onde permanece até hoje. Seu appetite, que era bom, tornou-se mau. Cahiu em profundo estado de fraqueza e magreza.

Tonicos e reconstituintes lhe forem administrados pelo medico assistente, conseguindo no fim de algum tempo melhorar. O seu estado de rigidez era fraco e as escharas gluteas appareceram. Sentia dores nevralgicas intensas para o lado da articulação coxofemoral do lado direito, sobre o qual cahira. Com a applicação de balsamo nerval e chlohydrato de morphina esta dôr tem desapparecido.

Actualmente immobilisada em seu leito resiste ainda aos movimentos passivos, porém capaz somente de movimentos activos reduzidos.

O tremôr é bastante fraco. A necessidade continua de que sente a doente, em mudar de posição e uma sensação ininterrupta de calôr, sensação essa que se exaspera ao meio dia e pela madrugada, é de que actualmente se queixa a doente. As pernas estão em flexão, sendo impossivel pol-as em extensão.

Uma caimbra apparece de tempos em tempos, augmentando o soffrimento da doente. Tem um ligeiro edema, no dorso dos pés, apezar do estado de integridade em que parece se achar o seu rim, segundo nos demonstrou ligeiro exame qualitativo que fizemos em sua urina.

Apezar dessa sensação de calôr de que se queixa a doente, principalmente na região dorsal, sua temperatura é normal. A doente procura se descobrir, mesmo nos tempos hibernosos. Em Novembro do anno passado appareceu um eczema localisando-se nas regiões dorsal, epigastrica e dorsal do pé, desapparecendo no fim de tres mezes em seguida á applicação de algumas pomadas.

Hoje a doente apezar de ter voltado o bom appetite, do qual dispunha outr'ora, acha-se em estado de atrophia geral muito accentuada, principalmente nas pernas e coxas.

Não existe perturbação pschica de especie alguma.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I. O celebelo está situado para traz e por baixo dos hemispherios cerebraes.

II. Elle é muito menos volumoso que os hemispherios.

III. E' formado por tres partes: uma mediana chamada *vermis* e duas lateraes chamadas *lobos do celebelo*.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I. A carotida primitiva se liga no nivel do meio da cartilagem thyroide na altura da quinta vertebra cervical.

II. Ella está situada profundamente.

III. O ponto de reparo é o bordo anterior do musculo sterno-cleido-mastoideo.

HISTOLOGIA

I. A estructura das parathyroides é igual a de uma glandula de secreção interna.

II. Compõem-se de um parenchyma epithelial ou glandular, sem conductos execretores, um stroma conjunctivo e vasos sanguineos lymphaticos do typo capillar.

III. A parede endothelial destes vasos entra em contacto intimo com os elementos epitheliaes.

BACTERIOLOGIA

I. O bacillo de Eberth vive perfeitamente na agua e no leite.

II. Pode conservar sua vitalidade durante varias semanas nas poeiras e nas roupas.

III. Elle resiste muito ao frio.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I. As atrophias musculares, anomalias de nutrição, são effeito de um acto physiologico ou a consequencia de um estado pathologico.

II. Ellas podem ser congenitas e adquiridas.

III. Os orgãos que mais geralmente soffrem esta anomalia são os que não possuem uma activa circulação.

PHYSIOLOGIA

I. A principal funcção do cerebello é regular os movimentos voluntarios ordenados pelo cerebro.

II. Um passaro privado desse centro é absolutamente incapaz de regular a marcha ou o vôo.

III. Comporta-se como se estivesse embriagado.

THERAPEUTICA

I. A strychinina é extrahida do *Strychmos nux vomica.*

II. Ella não é transformada e se localisa na substancia cinzenta bulbo medullar.

III. A eliminação se faz pela saliva e pela urina.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I. O conhecimento das desordens do systema nervoso é de summa importancia em medicina legal.

II. A gravidez, a menstruação, o parto e a menopausa, podem ser a causa destas perturbações.

III. Neste caso faz-se mister toda a attenção dos juizes.

HYGIENE

I. A porosidade do solo é a causa da presença,

nos terrenos, de gaz, de agua, de microorganismos etc.

II. Ella depende da disposição de seus elementos, e não de sua natureza.

III. Em geral as rochas massissas não são porosas.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I. A vaginalite é a inflammação da serosa testicular.

II. Ella pode ser, conforme sua marcha, aguda ou chronica.

III. Segundo sua origem ella é secundaria ou primitiva.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I. Atmocausis é uma operação que consiste em tratar certas lesões da mucosa uterina por meio do vapor d'agua superaquecida.

II. Zestocausis é uma variante; consiste em introduzir no utero uma sonda com dupla correnteza, não perfurada, de modo que a agua quente que a atravessa sobre a mucosa por intermedio das paredes metala-gelicas superquecidas.

III. Este apparelho chama-se *Zestocauterio.*

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I. O epithelioma da face apresenta typos clinicos e anatomicos variaveis.

II. E' frequente nos velhos e se designa sob os nomes de *crasse senil acré sebaceo concreto e keratomas senis.*

lll. O tratamento consiste na ablação cirurgica.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

l. Hyspopadias é uma abertura anormal e congenita, occupando parede inferior da uretha.

ll. O hypospadias é o resultado de uma parada ou de uma perturbação de desenvolvimento.

lll. Sua pathogenia se reune pois em noções applicadas de embriogenia.

PATHOLOGIA MEDICA

l. A albuminuria é a passagem nas urinas de uma ou varias albuminas do sangue.

ll. Ella não é uma molestia, porém um symptoma, dependendo de causa variadas.

lll. Tem se encontrado a albumina nas pessoas sãs: é a albuminuria physiologica.

CLINICA PROPEDEUTICA

l. Chama-se signal de Westphal a abolição do reflexo rotuliano.

ll. E' um dos signaes mais precoces e mais constantes do tabes.

lll. E' causado por uma lesão occupando a região da fita externa do pavimento dorso-lombar da medulla.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

l. Chama-se lithiase renal a formação de calculos no rim.

ll. E' geralmente seguida de imigração dos calculos no uretere.

lll. Uma das principaes causas da lithiase é a diathese gottosa.

CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I. O beriberi é uma polynevrite, sobrevindo exclusivamente nos paizes tropicaes.

II. Ella se apresenta sob tres formas: paralytica, hydropica e mixta.

III. E' acompanhada de phenomenos cardiacos ou dyspneicos por vezes mortaes, edemas dos membros inferiores etc.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I. Os caules, como as raizes, podem modificar-se de modo a tomar formas muito differentes dos normaes.

II. As formas principaes dos caules modificados são: rhyzomas, tuberculos e bulbos.

III. Certas plantas como os tinhorões, o espargo... têm os caules implantados e occultos sob o solo.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I. A hyosciamina ou atropidina é um alcaloide que se encontra em varias Solanaceas.

II. E' crystalisavel e soluvel na agua, no alcool e no ether.

III. E' prescrita em granulos ou injecções hypodermicas.

CHIMICA MEDICA

I. As ptomainas são alcaloides dotados das mesmas propriedades que os alcaloides vegetaes.

II. Umas são quasi inoffensiveis, outras estão collocadas no grupo dos toxicos os mais violentos.

III. Não ha systema organico no qual as pto-

mainas venenosas não façam sentir seus effeitos.

OBSTETRICIA

I. Menorrhagia é o exaggero mais ou menos accentuado do fluxo menstrual normal.

II. Muitas vezes ella constitue um symptoma commum a um grande numero de molestias de ordem local ou geral.

III. A historia destas menorrhagias faz parte do estudo da molestia causal.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I. A causa quasi exclusiva das hemorrhagias dos tres ultimos mezes e o descollamento da placenta.

II. Ella pode estar inserida de uma maneira mal ou viciosa.

III. Esta causa tem sido bem demonstrada.

CLINICA PEDRIATRICA

I. A paralysia infantil sobrevem ordinariamente durante a convalescença de uma molestia infecciosa.

II. Ella se apresenta por vezes sob uma forma epidemica.

III. Estas razões tendem fazer consideral-a como uma molestia infecciosa cuja localisação na medulla seria favorecida por uma predisposição hereditaria nevropathica.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I. O chalazion é um pequeno tumôr que se desenvolve na espessura da palpebra.

II. Elle adhere a cartilagem tarsa, mas não tem nenhuma connexão com a pelle da região.

III. A extirpação com o bisturi é o unico tratamento efficaz.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I. A syphilis cerebral é ordinariamente uma complicação do periodo terciario.

II. De ordinario ella sobrevem alguns annos após o cancro.

III. Ella é algumas vezes muito tardia ou muito precoce, manifestando-se nos primeiros mezes que seguem a infecção.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I. A myotonia congenita é caracterisada por uma rijeza espasmodica dos musculos, apparecendo no começo dos movimentos voluntarios.

II. A hereditariedade é a sua principal causa.

III. Ella não compromette a existencia.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 5 de Novembro de 1912.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles

ERRATA

Pags.	Linha	Onde se lê:	Leia-se:
6	6	del a forme	de la forme
11	7	e em os recentes	e com os recentes
13	20	toxinas da livres	toxinas livres
21	18	uma espinho	uma espinha
22	30	pode-es fazer	pode-se fazer
28	27	Nesta phrase	Nesta phase
29	24	entre os pentes	entre os dentes
39	5	sua lhes são	sua vez são.
40	9	pela intoxicações	pelas intoxicações
45	20	o da molestia	o tremôr da molestia
48	1	existe dispnéa	existe dyspnéa
48	27	A attitnde	A attitude
52	25	resducação	reeducação
58	10	era fraco	era franco
63	2	O celebelo	O cerebello
63	7	*lobos do* celebello	*lobos do cerebello*
65	5	rochas massissas	rochas massiças
65	20	agua quente que a	agua quente a
65	29	*crasse senil acré*	*crase senil acné*
66	4	occupando parede	occupando a parede
66	4	da uretha	da urethra
68	14	maneira mal	maneira normal
		autores	auctores